SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Plan du cours

L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE. CONDITIONS PRATIQUES. MODALITES. PARTICULARITES. PLACE DE L'EXAMEN PHYSIQUE ET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

TROUBLES DE LA VIE EMOTIONNELLE

TROUBLES DE L'HUMEUR

TROUBLES PSYCHOMOTEURS

TROUBLES DES CONDUITES INSTINCTUELLES

TROUBLES DE LA PENSEE

TROUBLES DU LANGAGE ET DES PERCEPTIONS

L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE. CONDITIONS PRATIQUES. MODALITES. PARTICULARITES. PLACE

VISIT…

LANZAROTE Caliente.COM

DE L'EXAMEN PHYSIQUE ET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

I – BUTS ET SPECIFICITES

Certains buts de l'examen psychiatrique sont identiques à ceux d'une observation médicale classique :
- repérer les symptômes présents, qu'il s'agisse de troubles ou de désordres
- les regrouper selon les organisations syndromiques connues, et en faire un récapitulé synthétique en syndromes ou en maladies,
- vérifier ensuite l'hypothèse diagnostique grâce à une analyse sémiologique détaillée et/ou une demande d'examens complémentaires,
- proposer enfin une thérapeutique adaptée.

Mais l'observation psychiatrique ne se résume pas à ce schéma. Elle comporte des particularités ou des spécificités qui sont au moins au nombre de 3 :
- le caractère subjectif de la sémiologie psychiatrique,
- le caractère relationnel de la sémiologie psychiatrique,
- le problème du consentement.

1°) La première particularité tient à la nature même des connaissances en psychiatrie et en psychopathologie, à savoir que l'examen et la recherche des signes importants se font essentiellement sur l'analyse d'un discours, de productions verbales, d'une communication.

Qu'il s'agisse d'angoisses, d'obsessions, de délires, d'hallucinations, de phobies ou d'agitations, les symptômes en psychiatrie ne sont pas ou peu quantitatifs mais qualitatifs. On ne peut pas tout à fait évaluer une angoisse comme on mesure une amyotrophie ou comme on enregistre un souffle. En psychiatrie, le matériel sémiologique a un caractère fondamentalement subjectif.

Un corrélat immédiat : le diagnostic, sauf exception, est la plupart du temps clinique et non ou très peu paraclinique. Les examens complémentaires restent utiles, mais la plupart du temps dans un but différentiel. Il peut par exemple être utile de pratiquer une glycémie devant un état d'agitation, un scanner cérébral devant une détérioration intellectuelle débutante ou un dosage d'hormones thyroïdiennes devant un état dépressif, mais le diagnostic positif d'une dépression comme d'une psychose reste essentiellement clinique.

2°) Beaucoup plus qu'en médecine organique, il s'agit ici de l'analyse d'une relation et d'une interaction. C'est la dimension du relationnel et de l'intersubjectif.

C'est-à-dire que la psychiatrie est davantage sensible que d'autres spécialités médicales à certaines dimensions sémiologiques comme le contact, la présentation, l'habitus, la possibilité,

l'impossibilité ou les difficultés à établir une communication, comme la prise en compte de l'entourage, du contexte social et environnemental du patient.

En tous les cas, il existe une implication obligatoire de la personne même du médecin dans la relation, ce qui rend sinon utopique, du moins problématique l'idée d'une observation psychiatrique qui serait purement scientifique, neutre, reproductible, impartiale, objective et complète. Mais la subjectivité comme ce souci du relationnel n'excluent pas la rigueur, même si la médecine psychiatrique est davantage une médecine de la relation qu'une médecine des symptômes.

3°) La troisième spécificité concerne davantage le traitement et les difficultés des traitements en psychiatrie, dans la mesure où certaines maladies mentales comme les psychoses, mais aussi certaines névroses, ou des pathologies comme par exemple l'anorexie mentale se caractérisent par une certaine méconnaissance ou un déni du trouble, posant le problème du consentement et de la compliance du patient aux soins qui lui sont proposés.

Si l'on peut considérer d'une manière générale que parmi les devoirs du malade le premier est probablement de souhaiter la guérison, donc d'être capable de coopération avec le médecin et la médecine, ici, en psychiatrie, nous avons souvent affaire à des malades qui ne se perçoivent pas comme malades ou qui ne veulent pas guérir.

Une telle conduite expose à un certain nombre de risques, il s'agit la plupart du temps de risques auto ou hétéro-agressifs, parfois de dépenses inconsidérées, de scandales sur la voie publique, de dilapidation du patrimoine, ou encore de risques pour les personnes ou les biens.

La prise en considération de cette absence (transitoire ou durable) d'un consentement éclairé, pose la question :

- du recours à la loi du 27 juin 1990 qui organise les hospitalisations sous contrainte, c'est à dire sans le consentement du patient avec deux modalités principales : l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et l'Hospitalisation d'Office (HDT et HO),

- de la mise en place de mesure de protection des biens telle qu'elle est organisée par la loi de janvier 1968, sous la forme de sauvegarde de justice, de tutelle ou de curatelle.

En agissant ainsi, le psychiatre agit certes en temps que délégué d'une culture ou d'une société, mais assume aussi un rôle de régulation sociale qui fait également partie de toute mission médicale.

*
* *

Un autre but de l'examen psychiatrique est de mettre en place les grands cadres de la nosographie, qu'il faut davantage comprendre comme des pôles de référence que comme des étiquettes étroites.

Une des oppositions les plus classiques oppose le groupe des névroses au groupe des psychoses en fonction d'un certain nombre de paramètres résumés sur le tableau suivant.

	PSYCHOSE	***NEVROSE***
Personnalité	**Trouble global**	**Trouble partiel**
Trouble du cours de la pensée	++	**-**
Vie affective et humeur	++	**+ -**
Perte du contact avec la réalité	++	**-**
Lucidité critique et demande d'aide	**-**	**+**
Perturbation de la faculté de communication	++	**+ -**
Troubles du langage	+	**-**
Délire et/ou hallucinations	++	**-**
Caractère « compréhensible » des troubles	**-**	**+**
Gravité	**Non pertinent**	

-Les névroses constituent des pathologies en général chroniques de la personnalité. Elles se traduisent par des troubles partiels, certains non spécifiques et d'autres plus spécifiques.

Troubles non spécifiques :

- anxiété
- état dépressif
- asthénie
- inhibition intellectuelle sociale ou affective
- comportements d'échecs à répétition
- troubles de la sexualité
- troubles du caractère (irritabilité, passage à l'acte, colère, crise névropathique)
- conduites addictives (alcool, toxicomanie, troubles du comportement alimentaire)

Le patient névrotique est conscient de ses troubles mais leur raison, le plus souvent inconsciente, lui échappe. Il peut s'en plaindre et demander de l'aide. En aucun cas il n'existe de perte du contact avec la réalité ni de troubles délirants ou hallucinatoires.

Troubles spécifiques : ce sont des symptômes plus particuliers comme les phobies, les rituels, les compulsions, les obsessions, les conversions somatiques qui permettent en fonction de la prévalence du trouble d'évoquer une névrose anxieuse, hystérique, obsessionnelle ou phobique, sachant que ces catégories ne sont pas rigoureusement tranchées et qu'il existe de nombreuses formes intermédiaires.

-Les psychoses , comme par exemple la psychose schizophrénique, sont des maladies mentales majeures qui affectent globalement la vie psychique dans son intimité, au niveau de la conscience de soi, des autres et du monde extérieur, au niveau de l'affectivité, et au niveau du jugement. Elles se manifestent par des troubles importants du contact avec la réalité extérieure, se traduisant souvent par des productions délirantes ou hallucinatoires ainsi que par une méconnaissance fréquente des troubles.

Le délire (du mot latin de-lirare, dé-railler ou sortir du sillon) se distingue de l'idée fausse ou de l'erreur de jugement par ses caractères spécifiques. Les trois critères spécifiques classiques de l'idée délirante sont les suivants :

1°) une conviction plus ou moins absolue, inaccessible ou peu accessible à la critique, au raisonnement, à la démonstration ou la réfutation.

2°) Une dimension d'évidence interne, personnelle au sujet, avec une certitude subjective inébranlable et non partagée par le groupe. Cette évidence interne conditionne le caractère de non-influençabilité par l'expérience, les raisonnements contraignants ou les preuves : rien ne sert de contredire un délirant et de lui dire qu'il se trompe.

3°) Le troisième critère, plus que la dimension de contradiction avec la réalité ou d'impossibilité du contenu (un mégalomane, fils de la reine de Sabah et de Tony Blair) réside dans la dimension de contradiction interne, comme par exemple la co-existence d'un discours d'omnipotence mégalomaniaque et de toute puissance avec des thèmes de persécution.

A côté de cette première grande classification névrose-psychose, un deuxième système d'appréhension de la pathologie mentale permet de répartir les affections en fonction du paramètre temps, sachant qu'en psychiatrie et par convention on parle de pathologie aiguë quand elle dure quelques jours (comme par exemple une bouffée délirante aiguë), quelques semaines (comme par exemple un accès maniaque) ou encore quelques mois (comme par exemple un épisode dépressif majeur). A l'opposé les pathologies chroniques se comptent en année, voire pour certaines à la dimension d'une vie.

Les névroses en tant qu'elles constituent des troubles de la personnalité, sont des troubles en général durables ou chroniques, tandis qu'il existe des psychoses aiguës, (comme par exemple une bouffée délirante aiguë ou une psychose confusionnelle) mais aussi des psychoses chroniques, comme par exemple la schizophrénie ou la paranoïa.

EXEMPLES	
PSYCHOSES	**NEVROSES**
AIGUES { - BOUFFEE DELIRANTE AIGUE - MANIE - MELANCOLIE	- NEVROSE D'ANGOISSE - NEVROSE HYSTERIQUE - NEVROSE OBSESSIONNELLE - NEVROSE PHOBIQUE
CHRONIQUES { - SCHIZOPHRENIQUE - PARANOIA - PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE	

Si la distinction névrose/psychose a été très longtemps utilisée, en France en particulier, les classification internationnales, ICD10 pour l'OMS, DSM IV aux Etats Unis, promeuvent une classification sur plusieurs axes simultanés, et particulierement la combinaison de l'axe 1, dévolu aux troubles psychiques sur leur versant purement phénoménologique, et l'axe 2 dévolu à la personnalité.

II.–.CONDITIONS PRATIQUES D'UN PREMIER ENTRETIEN : L'ECOUTE ET l'OBSERVATION

D'un premier entretien dépend souvent le devenir de la relation thérapeutique du patient avec le praticien. Une fois le contact établi, on peut dire que le travail psychothérapique est effectivement engagé.

Le cadre n'est pas indifférent :

- il peut s'agir d'une consultation hospitalière, en dispensaire, en centre médico-psychologique où la consultation a pu être précédée d'une attente quelquefois longue majorant anxiété, voire agressivité.

- Au cabinet du praticien, le cadre peut être moins impersonnel, la ponctualité plus respectée avec une absence d'attente administrative.
- En visite au domicile, dans le cadre d'un examen psychiatrique : situation exceptionnelle et d'urgence.

La demande est essentielle à considérer :

elle peut émaner du patient lui-même, condition à priori plus favorable. Dans cette hypothèse la coopération du sujet est généralement acquise, mais sans exclure pour autant beaucoup d'appréhension. Les demandes spontanées de consultation en psychiatrie sont actuellement fréquentes, même si la maladie mentale reste encore largement stigmatisée et l'image de marque de la psychiatrie défavorable.

La demande du sujet doit toujours être élucidée et interprétée : une plainte insomniaque peut en effet être le symptôme d'un état anxieux, d'une névrose structurée, de difficultés situationnelles banales et transitoires, d'une psychose débutante, d'un état dépressif ou encore un simple prétexte à entretien.

La demande peut venir d'un tiers et le patient lui-même n'a rien à demander. Il peut s'agir de patients délirants, déments, ne pouvant formuler de demande ou ne se reconnaissant pas malade. Il est là important pour le psychiatre de se situer comme un interlocuteur neutre et indépendant et non comme un juge.

Enfin la demande peut être formulée par la société, que celle-ci se sente menacée après un acte médico-légal ou qu'elle intervienne pour un patient considéré comme dangereux envers lui-même ou envers autrui. Il peut s'agir d'actions antisociales comme des fugues, des vols, des agressions sexuelles conduisant à des situations d'expertise et posant le problème de la dangerosité. Dans ce cas, l'examen peut se heurter à la réticence, à l'animosité, voire à l'agressivité du patient.

Dans tous les cas, le but de l'examen est double : d'une part assurer une bonne relation et un bon contact et d'autre part rassembler un recueil informatif de données sur le patient, son histoire et ses antécédents. Les différents buts inter-agissent et l'investigation, le recueil de données doivent aller de pair avec la mise en confiance et l'établissement d'un lien qui a déjà une valeur thérapeutique.

L'examinateur doit donc favoriser au maximum les conditions d'une bonne écoute et d'une bonne observation. L'entretien doit être libre et non directif dans un premier temps, permettant au patient d'exprimer spontanément ce qu'il pense, ce qu'il désire, ce qu'il ressent. Ce n'est que dans un second temps que l'examinateur sera plus actif et reviendra sur des éléments qu'il souhaite compléter et mieux documenter.

Quelques conditions pratiques : le tête à tête doit être préféré à la présence de tiers. L'entourage doit souvent être vu, surtout s'il s'agit de mineurs, mais parfois séparément. Le face à face doit également être préféré à l'interposition d'un bureau. La prise de notes et la transcription des mots et des phrases du patient sont très souvent utiles, mais peuvent gêner la spontanéité du discours. Quant à la durée de l'entretien, un premier entretien d'évaluation, hormis les conditions d'urgence, dure en général ¾ d'heure. Il est important pour le psychiatre de se présenter avec son identité professionnelle réelle. Les entretiens peuvent par ailleurs être bien sûr répétés.

III.–.MODALITES DE L'ENTRETIEN ET ABORD DU PATIENT EN PSYCHIATRIE

Déroulement en deux temps

On procède du moins directif au plus directif. A une première phase d'expression libre laissée à l'initiative du patient, en réponse à des questions très ouvertes : « Quelles sont vos difficultés ?… Est-ce que vous pouvez me dire ce qui vous amène à l'hôpital ou à ma consultation ? … » succède un deuxième temps qui vise à compléter l'investigation sémiologique et l'enquête anamnestique avec des interventions de l'examinateur plus fréquentes et actives, tout en gardant une flexibilité suffisante et en évitant de procéder sur le mode d'une investigation policière et systématique.
Cet entretien avec le patient constitue la base de l'examen psychiatrique qui doit comporter : une étude du comportement actuel, une histoire de la maladie (ou des troubles), une biographie, d'éventuels examens physiques ou complémentaires, pour finir par un regroupement syndromique.

Etude du comportement actuel

La présentation :

a) aspect extérieur jugé sur la tenue, les vêtements, la propreté corporelle, les soins élémentaires (rasé ou non ; coiffé ou non ; maquillée ou non…) Il peut révéler : une négligence et une incurie, par exemple dans le cadre d'un état démentiel, des éléments étranges qui peuvent mettre sur la piste d'un état délirant comme des attitudes d'écoute ou du coton dans les oreilles ou une excentricité vestimentaire.
b) Expressions mimiques et gestuelles se jugent sur la totalité de l'entretien et en rapport avec le sujet de l'entretien. On peut noter :
- aspect inexpressif, hébété, abasourdi, dans le cas d'une démence ou d'une confusion mentale
- aspect inaccessible et lointain chez un schizophrène
- aspect figé de souffrance morale chez un déprimé mélancolique
- aspect séducteur ou érotisé du contact avec certains hystériques
c) Habitus corporel : c'est la manière d'entrer, de s'asseoir, de se tenir, de serrer la main… Dans le cas des névroses, certains patients anxieux ou obsessionnels peuvent ainsi avoir une attitude cuirassée, raide, guindée, mal à l'aise… immédiatement perceptible.
d) Aspect global du langage : il ne s'agit pas là de dépister des affections neurologiques comme dysarthrie ou aphasie qui orientent vers une affection organique mais d'apprécier :
- la cohérence ou l'incohérence du discours. L'incohérence se note souvent dans les états psychotiques et en rapport avec des troubles du langage (néologismes, stéréotypies verbales…)
- la dynamique du discours : prolixité intarissable d'une logorrhée chez un sujet maniaque, retour permanent à une idée sous la forme d'un mono-idéisme chez un mélancolique qui ne parle que de ruine, de maladie et de mort, mutisme ou semi-mutisme qui peuvent eux-mêmes avoir de nombreuses significations (protestation contre l'examen, inhibition dépressive, refus hallucinatoire de contact avec l'extérieur, soliloque d'un patient qui converse avec des voix…)

Le contact :

C’est un élément essentiel à repérer et à décrire. C’est un peu la façon dont le patient vous traite : il peut être bon ou mauvais, superficiel ou chaleureux. Le médecin essaie de saisir l’impression que lui donne le patient.
Le contact peut être aisé (ou syntone) mal aisé à établir et difficile, ou trop aisé avec une familiarité excessive et un tutoiement (hypersyntone).
On peut rencontrer : de la réticence (Symptôme voisin du mutisme mais moins criant, le patient a quelque chose qu’il ne veut pas engager et qu’il veut tenir en réserve), de l’opposition ou de l’hostilité (comme l’opposition psychomotrice du patient qui refuse d’entrer dans le bureau, qui refuse de s’asseoir ou de parler…), de l’indifférence (de type schizophrénique chez un sujet lointain et ailleurs qui paraît situé dans un monde autistique, différent du notre, ou indifférence méprisante chez un sujet persécuté aux yeux duquel l’interlocuteur n’est qu’un instrument à l’intérieur de son système délirant), mais aussi pourquoi pas de la confiance.

Histoire de la maladie

Il faut tenir compte de deux ordres de symptômes :

Les symptômes qui sont spontanément exprimés (angoisse, dépression, fatigue, anorexie, troubles du sommeil, troubles de la sexualité etc…) en considérant : leur mode d’installation , leur ancienneté(sachant qu’il est souvent difficile de dater précisément les pathologies mentales), la signification que le patient leur accorde, les causes qu’il invoque..

Les symptômes qui sont constatés au cours de l’examen : Cf. Sémiologie analytique (agitation, ralentissement psychomoteur, tristesse ou euphorie, réactions émotionnelles, troubles du langage, troubles du jugement etc…)

Chaque fois qu’il s’agit d’un épisode aigu, la notion d’histoire de la maladie a tout son sens, comme par exemple dans le cas d’un épisode dépressif isolé, d’un accès d’agitation maniaque ou d’une bouffée délirante aiguë. Mais il existe tout un ensemble de troubles psychiatriques pour lesquels la notion de début et d’histoire de la maladie est très arbitraire : une névrose ne débute pas du jour au lendemain, de même qu’une schizophrénie et l’anamnèse est souvent difficile à reconstituer précisément. Cette histoire de la maladie peut être complétée par des données obtenues auprès de l’entourage.

Biographie

Bien souvent l’histoire de la maladie ne prend tout son sens que par rapport à la biographie du sujet. Celle-ci ne doit pas être arrachée au patient à force de questions, mais être recueillie naturellement, c’est à dire : avec respect, suivant un plan non nécessairement pré-établi , éventuellement et souvent en répétant les entretiens.

Les principaux éléments sont les suivants :

- enfance, adolescence
- scolarité
- service militaire
- formation professionnelle
- statut socio-professionnel actuel et intégration professionnelle
- étapes de la vie sentimentale et sexuelle
- choix du conjoint, vie familiale, relations avec les enfants/ou parents, accession à la paternité ou la maternité
- pôles d'intérêt, relations amicales…
- notion de traumatisme affectif ou de remaniement existentiel
- antécédents psychiatriques personnels ou familiaux
- antécédents somatiques personnels.

Examen physique et examens complémentaires

1°) L'examen psychiatrique doit comporter un examen physique, s'assurant impérativement de l'absence d'affections somatiques susceptibles d'être à l'origine de troubles psychiques : de nombreuses affections endocriniennes, métaboliques, tumorales, infectieuses et surtout neurologiques peuvent prendre le masque d'une symptomatologie psychiatrique.

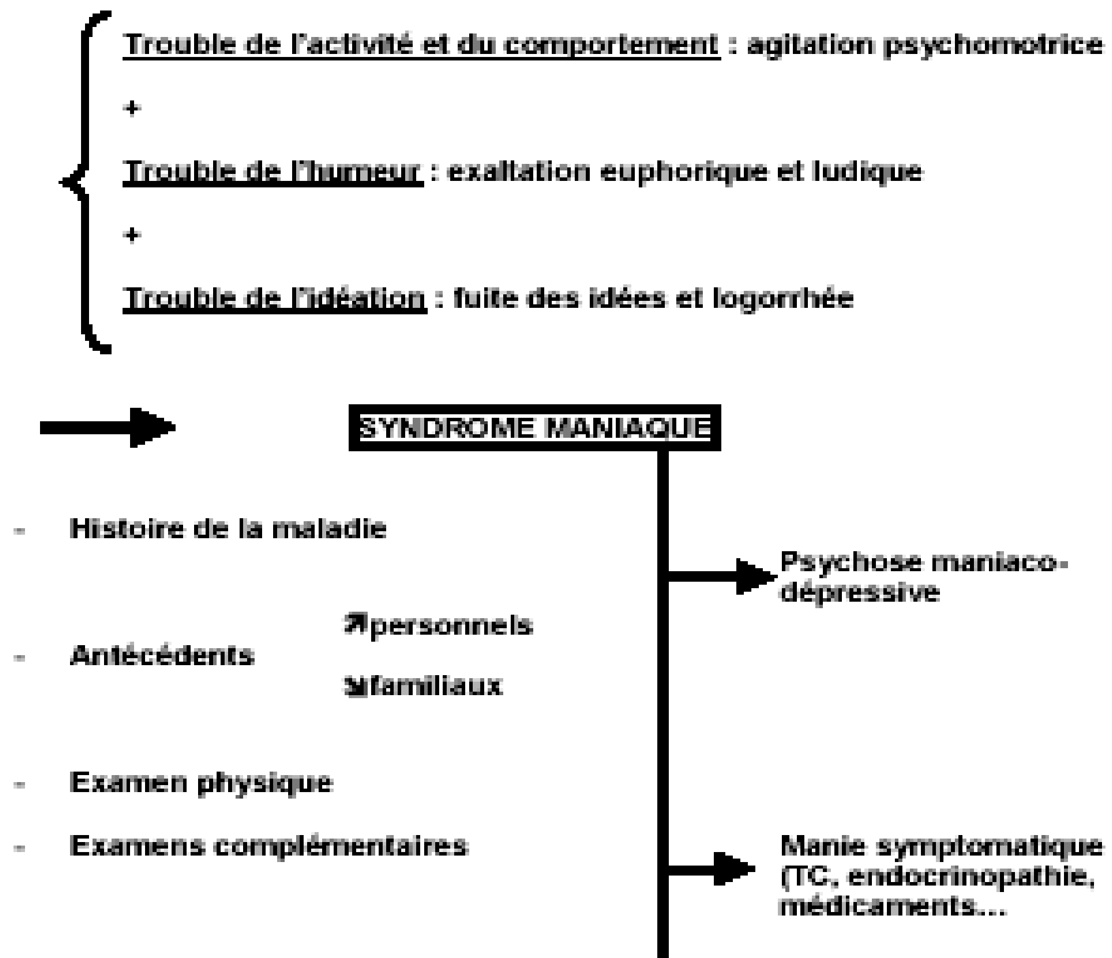
2°) Il ne faut pas par conséquent hésiter en fonction de l'examen clinique et de l'entretien à demander des examens complémentaires (dosages biologiques courants, bilans endocriniens, EEG, TDM cérébrale etc…)

3°) L'institution de certains traitements, comme par exemple les traitements régulateurs de l'humeur, doit être précédée d'un bilan pré-thérapeutique invitant à rechercher l'absence de contre-indications somatiques.

4°) Enfin, certains examens complémentaires sont propres à la psychiatrie, comme :

- des tests psychométriques de niveau, c'est-à-dire mesurant l'efficience intellectuelle et les compétences cognitives : comme par exemple un bilan neuro psychologique de détérioration intellectuelle,
- des tests projectifs de personnalité comme le test de Rorschach qui permettent de mieux évaluer la structure de tel fonctionnement de la personnalité.

Regroupement syndromique – Diagnostic – Conduite à tenir



TROUBLES DE LA VIE EMOTIONNELLE

Les **émotions** représentent l'ensemble des **sentiments** éprouvés par un individu, et surviennent en général en réaction à une situation donnée.

L'**affect** est défini comme la tonalité du **sentiment** (agréable ou désagréable) qui accompagne une **idée**.

L'émotion est en général ressentie par le sujet à la fois sur le plan psychologique (affects) et sur le plan somatique (réactions végétatives).
La présence d'un symptôme n'est pas en soi pathologique (angoisse, tristesse, colère…). Il devient pathologique lorsqu'il constitue une réponse univoque à des situations variables, ou lorsqu'il est d'une intensité disproportionnée.

I.-. TROUBLES DE L'EXPRESSION DES AFFECTS

Dans l'hyperémotivité le patient est sujet à des réactions émotionnelles exagérées (états de stress post-traumatique, état maniaque, syndrome démentiel)
Un défaut d'émotivité est retrouvé dans la froideur schizophrénique, l'émoussement affectif du dément, la contention des émotions de l'obsessionnel, ou encore chez le patient déprimé.
Parfois on peut noter une inadéquation de l'émotivité : décalage entre l'affect exprimé et le contenu du discours, cela est caractéristique dans la discordance du schizophrène.
La labilité émotionnelle est fréquente et consiste en un passage très rapide et brutal d'un état émotionnel à un autre (du calme aux pleurs puis au rire ou à l'agressivité par exemple).

II.-. TROUBLES ANXIEUX

L'anxiété est une vigilance douloureuse liée à une crainte plus ou moins nette avec un sentiment d'alarme, d'attente, d'appréhension d'un danger plus ou moins vague.
L'angoisse est une anxiété paroxystique, sans objet, subjective, qui induit un état d'hypervigilance douloureuse avec des manifestations somatiques.
La source de l'angoisse névrotique est inconsciente.

La crise d'angoisse, ou attaque de panique est un accès brutal d'angoisse qui entraîne une sidération ou une agitation motrice, et des réactions végétatives et psychiques importantes .
La peur est une réaction émotionnelle induite (au contraire de l'angoisse) par un danger réel et objectif qui permet la fuite ou l' affrontement. Elle ne devient pathologique que lorsqu'elle entraîne une sidération motrice, une réaction végétative importante (lipothymie, diarrhée motrice, syncope) ou une reviviscence de la situation à distance (états post traumatiques).

Une phobie est une crainte irrationnelle et angoissante, jugée comme excessive ou absurde par le patient, déclenchée par la présence d'un objet, d'une personne, d'une situation ne présentant pas de caractère objectivement dangereux.
Il existe des états de panphobie où le sujet a peur de tout mais le plus souvent on constate des phobies spécifiques dont le catalogue riche de nominations pittoresque cache parfois un vécu invalidant, couteaux, poussière, excréments, microbes, espaces publics (agoraphobie), lieux clos (claustrophobie), l'eau, le feu, les hommes, les animaux (zoophobie), les araignées (arachnophobie), les chiens, rougir en public (éreutophobie), les maladies (nosophobie)…

Noter cependant la phobie sociale : peur de parler en public, d'être observé ou jugé par les autres, fréquente et sujet de nombreuses études.

L'anxiété et l'angoisse ne sont pas spécifiques des névroses et se retrouvent dans la plupart des pathologies psychiatriques.

III.-. AUTRES PARTICULARITES DE LA VIE EMOTIONNELLE

La **Colère** est une réaction émotive paroxystique à une contrariété (menace, frustration) qui se traduit par une excitation verbale et gestuelle accompagnée de manifestations neurovégétatives (troubles vasomoteurs, augmentation de la fréquence cardiaque).Elle est un des sept péchés capitaux de la tradition mais ne peut être, seule, considérée comme pathologique.
La fureur : forme extrême de colère, souvent accompagnée de troubles de la vigilance (obtusion) et d'une amnésie lacunaire portant sur la durée de l'accès furieux.
La crise clastique : situation de violence extrême avec activité de destruction sans intention précise.
Fureur et crise clastique (qui sont très proches) sont des formes de colère pathologiques

La **Timidité** est une réaction émotive aux contacts sociaux traduite par un manque d'aisance et un sentiment d'inconfort en société, surtout en présence d'une personne du sexe opposé ou lorsque le sujet se sent évalué par une autorité. Elle peut, comme la colère avoir une dimension pathologique

TROUBLES DE L'HUMEUR

L'humeur ou **thymie** est une disposition affective de base influencée par le vécu émotionnel et instinctif, donnant un éprouvé agréable ou désagréable ou encore oscillant entre les deux.
Les troubles de l'humeur se distinguent de l'humeur normale soit par l'intensité de leurs manifestations, soit qualitativement par la nature des émotions éprouvées (décalage par rapport à la situation).

I.-. ETAT DEPRESSIF

La tristesse est une variation normale de l'humeur, dans la mesure où elle n'est pas associée à d'autres symptômes, et quand elle survient dans un contexte de perte, de frustration, de séparation, d'insatisfaction.
La dépression est un état pathologique de l'humeur qui associe plusieurs éléments appartenant à trois registres de troubles : la dépression de l'humeur, le ralentissement psychomoteur, et des symptômes somatiques.

1°)THYMIE DEPRESSIVE

Elle associe à des degrés divers

une **douleur morale** dont les éléments sont :
-une culpabilité intense : « c'est de ma faute, je m'en veux énormément »
-des pleurs, une tristesse
-une auto-dévalorisation : « je ne vaux rien, j'ai échoué, je n'en suis pas capable »
-un pessimisme : « je n'y arriverai jamais, le monde est pourri »
-un sentiment d'indignité : « je ne suis pas à la hauteur », châtiment : « je dois être puni »
-des ruminations : « je n'arrête pas d'y penser, je tourne en rond avec mes idées »
-une anhédonie : « plus rien ne me fait plaisir »

un **émoussement affectif** :
-perte de plaisir et d'intérêt : indifférence aux sollicitations habituellement agréables
-anesthésie affective : incapacité à ressentir des affects (joie, tristesse), ennui, dégoût
-conscience douloureuse du trouble

une **instabilité des affects** :
-anxiété, instabilité : agitation anxieuse, se met à pleurer pour un rien
-irritabilité : réaction par de l'agressivité à la moindre sollicitation ou contrariété
-intolérance : ne supporte plus rien ni personne
-crises de larmes

et parfois une **idéation suicidaire** qu'il est toujours nécessaire d'explorer.

2°) RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

Versant psychique :
-monoïdéisme : incapacité à penser à plusieurs choses en même temps, fixation sur une idée
-bradypsychie : lenteur d'idéation
-bradyphémie : ralentissement du débit verbal, parfois jusqu'au mutisme
- aboulie : indécision, incapacité à se projeter, à organiser l'avenir
-trouble de l'attention, de la mémoire, de la concentration
-impression d'écoulement lent du temps

et versant moteur :

-repli, isolement
-clinophilie : reste de nombreuses heures ou toute la journée au lit
-prostration : immobile sans communication, éventuellement en position fœtale
- mouvement rares ou ralentis
-faciès figé, hypomimie : diminution de l'expressivité et des mouvements du visage
-voix monocorde faible, perte de la prosodie
-incurie : négligence corporelle
-contact hyposyntone : contact peu présent, peu chaleureux
-perte de l'élan vital : perte du dynamisme

3°) **SYMPTOMES SOMATIQUES**

Touchent les fonctions instinctuelles :

-insomnie, réveils nocturnes, insomnie d'endormissement ou matinale
-somnolence diurne, hypersomnie non réparatrice
-anorexie ou hyperphagie (avec variations corrélatives du poids)
-baisse de la libido, impuissance, anaphrodisie

mais on trouve aussi des symptômes somatiques divers :

-asthénie
-céphalées, constipation, algies diverses (lombaires, musculaires, digestives)
-troubles neurovégétatifs (nausées, vertiges, hypotension orthostatique, sécheresse buccale, bouffées de chaleur)

4°) FORMES CLINIQUES

mélancolie : intensité des signes de dépression associés souvent à des idées délirantes, en particulier des idées de culpabilité centrifuge

dépression masquée : plaintes somatiques prédominantes

dépression pseudo-démentielle

II.-. ETAT MANIAQUE

L'euphorie est une variation normale de l'humeur en réaction à un événement heureux et positif pour l'individu, qui associe un sentiment intime et profond de bien-être, de plénitude psychique et physique et qui s'exprime par des attitudes (gestes vifs, amples, parler haut, rires) et une mimique exprimant la joie.

L'euphorie niaise se caractérise par une joie improductive avec un ralentissement psychique, un sujet qui se satisfait de tout et est facilement admiratif (démence frontale).
L'euphorie expansive survient dans un contexte d'hyperactivité psychomotrice (cf. infra).

L'état maniaque est un état pathologique de l'humeur dont les symptômes sont opposés à ceux de la dépression. Le caractère pathologique est lié à l'intensité des symptômes, leur permanence dans le temps (différent d'un état émotionnel transitoire réactionnel à un évènement heureux), et l'absence de corrélation cohérente avec un événement positif.

PRESENTATION

-extravagance, impudeur, débraillé, maquillage outrancier ….
-hypermimie (faciès très expressif et très mobile), grimaces : colère, peur, dégoût, passion
-affectation exhibée (élégance exagérée)

CONTACT

-hypersyntone, familier, ironique
-agressif, hautain, hargneux ou au contraire et parfois simultanément jovial, coléreux, érotique..

HUMEUR

-exaltation ou élation de l'humeur : humeur gaie en décalage avec la situation
-euphorie, expansivité
-versatilité de l'humeur (labilité thymique (passe du rire aux larmes)), voire irritabilité
-hyperhédonie : plaisir accru dans toute activité
-mégalomanie : idées de grandeur, se sent capable de tout entreprendre, de tout réussir

EXCITATION PSYCHOMOTRICE

Versant psychique :

-tachypsychie : accélération du cours de la pensée
-fuite des idées (commence une phrase, perd le fil, enchaîne sur une autre idée), dispersion de l'attention
-coqs à l'âne (changements inattendus de thèmes au cours du discours, relâchement des associations (enchaîne des idées sans lien)
-logorrhée (parle beaucoup) voire graphorrhée (écrit beaucoup)
-ludisme, jeux de mots, automatismes verbaux (slogans, récitations, proverbes)

et versant moteur :

-désinhibition (se déshabille sur la voie publique, comportement d'hyperséduction)
-achats inconsidérés (achats démesurés et inadaptés de voitures, maisons, bijoux, vêtements de marque, de manière compulsive)
-agitation motrice stérile : débute des actions sans les achever (démontage de moteurs, de chauffe eau …)
-instabilité motrice : incapacité à tenir en place, à rester assis, passe d'une activité à une autre
-excitation motrice permanente y compris la nuit

TROUBLES SOMATIQUES

-hyperphagie, ou anorexie (perte des besoins, donc de la sensation de faim)
-potomanie (exagération de la consommation d'eau), dipsomanie (d'alcool)
ou au contraire déshydratation par perte de la sensation de soif et hypersudation
-invulnérabilité au froid
-insomnie rebelle (un des premiers symptômes à apparaître)
-hypersexualité avec relâchement de la censure morale et éthique

FORMES CLINIQUES

manie suraigüe
-agitation motrice excessive qui devient fureur, rage, violence
-crise clastique : casse tout autour de lui
-exaltation avec revendication de droits, affirmation orgueilleuse d'une supériorité
-agressivité importante, disparition de l'aspect ludique
-retentissement important sur l'état général

accès hypomaniaque
-symptomatologie maniaque atténuée
-excitation intellectuelle en rupture avec la personnalité antérieure : créativité, originalité, initiatives audacieuses mais non déraisonnables, réparties faciles, mémoire vive
-hyperactivité mal contrôlée : décisions hâtives, inconsidérées (mariage, divorce, travail)
-trouble du caractère : impatience, irritabilité, autoritarisme, agressivité
-insomnie

manie délirante

état mixte où se côtoient des éléments de la série maniaque et de la série dépressive

TROUBLES PSYCHOMOTEURS

On intégrera dans ce chapitre le comportement général, visible lors de l'examen, mais aussi ce que l'anamnèse peut apporter concernant les conduites sociales du patient.

1° LA PRESENTATION ET LE CONTACT

C'est le premier lien du sujet avec le monde..
La tenue qui peut aller de l'hyperconformisme à l'extravagance, en passant par une originalité calculée et limitée. On s'attachera à repérer la plus ou moins bonne adaptation de la tenue à l'âge, au sexe, aux impératifs sociaux ou climatiques. Savoir aussi repérer les cicatrices (phlébotomies, cutting des

ados, rixes des psychopathes..), les tremblements, sudations excessives. L'hygiène est aussi un élément sémiologique à apprécier (de l'incurie fréquente dans la psychose à la surpropreté maniaque de certains obsessionnels ou de certains paranoïaques)

> **INCURIE** (in-ku-rie), s. f.
> Défaut de soin, négligence. Il y en a qui ne trouvent leur repos que dans une **incurie** de toutes choses, BOSSUET Pensées détachées, I. Heureux qui voit couler ses jours Dans la mollesse et l'**incurie** ! VOLT. Lettres en vers et en prose, I. Je ne puis qu'admirer la négligence, l'**incurie** de la nation anglaise, J. J. ROUSS. Pologne, VII. Les suites funestes de l'**incurie** où l'on laissait Sa Majesté, BACHAUMONT, Mém. secrets, t. XXXV, p. 180 Etym : Lat. incuria, de in.... 1, et cura, soin (voy. CURE).

Le maniérisme de la schizophrénie peut s'exprimer dans la tenue, plus ou moins baroque ou bizarre, sorte de caricature décalée et invraisemblable.

La syntonie (inventée par E Bleuler) est la « fusion harmonieuse (c à d conforme au moment, aux usages locaux, à la situation…) du sujet dans l'ambiance ». Ainsi l'hypersyntonie désigne l'attitude du sujet qui se croit un peu trop chez lui, capable de plaisanteries bruyantes dans une assemblée qu'il ne connaît que depuis peu de temps…une familiarité excessive avec ludisme et souvent prolixité.

La mimique traduit en principe les états affectifs et émotionnels du sujet en cohérence avec ses propos. L'interprétation de la mimique doit tenir compte du contexte culturel.
On peut parler d'hypermimie (mimiques très abondantes), de paucimimie (peu de mimiques), et même d'amimie. On distingue même une « amimie asthénique » où la résolution des traits du visage ne présente plus aucune expression, et une « amimie hyperesthésique » caractérisée par des contractions musculaires donnant l'aspect d'une expression fixe mais identifiable, il faut alors noter l'expression dominante : euphorie, tristesse, peur, méfiance, perplexité ….
Noter aussi les dysmimies (ou paramimies) c'est à dire les mimiques en désaccord avec les paroles ou incongrues et sans rapport avec le discours ou le vécu actuel.

2° **LES EXCES DU COMPORTEMENT MOTEUR**

L'Agitation est une expression motrice désordonnée et plus ou moins explosive qui réalise des actes hors d'un plan élaboré.
Lorsqu'elle est mineure les actes paraissent motivés mais ils sont exagérés, émancipés. Lorsqu'elle est majeure il y a une inefficacité totale, la finalité des actes est presque impossible à saisir, il y a même une perte de la coordination.
Noter le thème dominant éventuel : agressivité, onirisme, anxiété, érotisme, colère…ou l'orientation de l'agitation : fuite, lutte, séduction…

L'agitation psychomotrice est souvent une urgence psychiatrique. Elle peut se rencontrer dans de nombreux syndromes psychiatriques, constante dans le syndrome maniaque elle est fréquente dans les syndromes confusionnels, délirants ou anxieux.

Une Impulsion est la tendance irrésistible à l'accomplissement d'un geste, un acte, à caractère dangereux ou incongru, et dont l'exécution échappe au contrôle de la volonté. L'impulsion, à la différence de la compulsion, n'est pas précédée d'une lutte anxieuse ni même le plus souvent d'une pensée perceptible par le sujet. L'impulsion met peu en jeu l'affect ou l'émotion (au contraire du raptus) , sa finalité est souvent incompréhensible. Les impulsions concernent des
actes plutôt publics (ou au moins dans la sphère relationnelle), souvent dangereux. La compulsion concerne plutôt une personnalité obsessionnelle, l'impulsion plutôt une personnalité psychopathique ou psychotique.
Pour les impulsions de fugue on parlera de dromomanie, de mettre le feu : pyromanie, de vol : kleptomanie, de boire : dipsomanie …

Le Raptus est une « réponse à l'instant dans l'instant » c'est à dire un acte à la limite entre le réflexe et la volonté, réponse im-médiate (sans la médiation de la parole) à un vécu actuel ou à une émotion intense. C'est un acte coordonné, ayant une finalité apparente et en rapport avec la situation affective et émotionnelle.

RAPTUS (ra-ptus'), s. m.
Terme de médecine. Transport soudain des humeurs dans une partie.
Raptus hémorrhagique, afflux du sang et hémorrhagie.
Etym :Lat. raptus, action de ravir, de rapere (voy. ravir).
In Dictionnaire Littré édition 1876

Le Tic est un mouvement bref, en éclair, souvent répété, involontaire, intempestif et sans nécessité objective. Il ébauche en général un geste réflexe ou un geste simple ayant dans les conditions normales une fonction (reniflement, grattage…). Le tic ne peut être caché et donne à voir ou à entendre au moment le moins opportun. Les tics de la face sont les plus fréquents (paupières, bouche, langue…) mais aussi épaules, mains… Le tic est précédé d'un état de tension pénible, gène physique et mentale qui accapare la pensée et trouble la communication. La survenue du tic soulage la tension mais suscite un malaise.

Ital. **tic**chio. Ce mot paraît tenir à l'allem. **Tic**k, attouchement léger, et aussi **tic**, **tic**ken, toucher légèrement, et au gaélique tacaid, une douleur subite. Mais Diez rattache **tic**chio à l'anc. haut-allem. ziki, chevreau, **tic**chio ayant été formé comme capriccio, de capra, chèvre.
In Dictionnaire Littré édition 1876

Le plus souvent il existe un tic dominant, intensifié dans des circonstances précises (souvent anxiété).

Une parakinésie est un mouvement anormal qui parasite, caricature ou remplace un mouvement normal (grattage, balancement..)

Les stéréotypies gestuelles **:** sont des répétitions inadaptées, sans signification actuelle, quasi automatiques, d'un geste, d'une attitude ou d'une expression verbale. Cela peut concerner des automatismes simples, comme le geste de se frictionner les mains, se lisser les cheveux, se frotter le nez, mais aussi des gestes plus complexes comme les salutations, mouvements expressifs d'impatience, de douleur ou de satisfaction. Les échomimies et échopraxies peuvent être classées dans les stéréotypies gestuelles.
Il n'y a pas de grande distinction sémiologique entre parakinésie et stéréotypie gestuelle.

Le maniérisme **:** Caractéristique de la schizophrénie, il se traduit par un ensemble de manifestations motrices donnant l'impression d'un comportement artificiel, obséquieux, alambiqué, théâtral, voire baroque : style gestuel (et oral) emphatique, phrases sophistiquées et ampoulées, gestes hypertrophiés, compliqués, caricaturés. Le patient maniéré prend un air affecté pour dire des banalités. Le maniérisme schizophrénique donne une impression de bizarrerie beaucoup plus que de monstration. Le maniérisme peut être comparé à l'adiadococinésie des lésions cérébelleuses tant il évoque une tentative pathétique et bizarre de la part du schizophrène pour imiter la réalité des non psychotiques.
Il est possible de parler de maniérisme ludique dans le cadre de la manie, mais ce terme devrait essentiellement se limiter au syndrome schizophrénique.

3° LES DEFICITS PSYCHOMOTEURS

A bas bruit, on pourra parler de bradykinésie ou de ralentissement psychomoteur qui peut associer à des degrés divers lenteur motrice et difficultés d'initiation des actes. L'inhibition est la suspension ou l'entrave involontaire d'une fonction psychique ou d'un comportement.

L'inhibition motrice, si elle se traduit très souvent par une bradykinésie, est un trouble de l'exécution de la pensée et est souvent accompagnée d'une forte activité mentale, mais elle est parfois psychomotrice et alors accompagnée d'une bradypsychie. L'inhibition de l'attention, qui donnera une distractivité importante est nommé **aprosexie**. L'inhibition de la volonté se nomme **aboulie**

La réticence : Il s'agit d'une attitude de méfiance souvent excessive qui se traduit par un refus systématique et volontaire d'exprimer sa pensée ou ses idées, et d'expliquer les raisons de ses difficultés. Le patient défend son intimité avec des réponses typiques « vous le savez mieux que le moi », « je n'ai rien à

vous dire », « vous le savez puisque vous avez mon dossier »… On distingue la réticence passive où le malade se tait, refuse de parler et se confine volontiers au lit et la réticence active où le malade parle beaucoup, parfois même de façon logorrhéique (réticence prolixe), tout en détournant le sujet de la conversation.

La Stupeur est la suspension de toute activité motrice (mimique, geste, langage) avec souvent persistance du cours actif de la pensée. Le sujet paraît engourdi, figé dans une immobilité totale, sans réaction aux stimuli ext.
On parle de stupeur mélancolique, stupeur catatonique (dans la schizophrénie), stupeur confusionnelle (perplexité du dément, tuphos de la typhoïde).

STUPEUR (stu-peur), s. f.
1° Terme de médecine. Engourdissement général ; diminution de l'activité des facultés intellectuelles, accompagnée d'un air d'étonnement ou d'indifférence. La **stupeur** est un phénomène de certaines fièvres graves.
2° Fig. Espèce d'immobilité causée par une grande surprise ou par une frayeur subite. Cet état de **stupeur** où la paresse de penser empêche de comprendre et même d'écouter, GENLIS, Voeux témér. t. I, p. 86, dans POUGENS. Ce deuil sec et muet, sans larmes et sans plainte, De cet oeil insensé l'immobile **stupeur**, Plus cruels que les cris, me causent plus de peur, P. LEBRUN, le Cid d'And. IV, 5.
In Littré

Le syndrome catatonique : Il s'agit d'un syndrome psychomoteur, rencontré dans la schizophrénie, caractérisé par une passivité psychomotrice, une catalepsie, une perte de l'initiative motrice, un négativisme et parfois des accès paroxystiques. L'évolution est marquée par l'alternance de ces états.
Le négativisme est un trouble du comportement marqué par des attitudes d'oppositions actives paradoxales. Cela peut aller du refus de la main tendue, du refus de s'asseoir, de s'exprimer, jusqu'à un oppositionnisme systématique qui peut inclure un refus de nourriture, le refus systématique volontaire et délibéré de toutes les consignes, y compris des plus banales, simples et anodines pour le patient, parfois dans une apparence théâtrale.
La catalepsie est une perte de l'initiative motrice avec rigidité musculaire particulière. Le sujet, spontanément immobile soit réagit à la mobilisation passive comme de la « cire molle » (et il peut ainsi conserver longtemps l'attitude imposée), soit résiste à la mobilisation passive avec une hypertonie très marquée évoquant une franche opposition
On parle de catalepsie hystérique (proche de la catalepsie hypnotique) ou de catalepsie schizophrénique (et elle entre alors dans le syndrome catatonique)

4° LES TROUBLES DES CONDUITES SOCIALES

Ce sont surtout des données d'anamnèse rapportées par l'entourage, le médecin traitant…
La question de l'impulsivité (cf plus haut) du sujet est souvent posée

Ils imposent souvent la notion de « passage à l'acte » : action à caractère plus ou moins impulsif et *relativement* en rupture avec les motivations habituelles du sujet.
Leur caractère pathologique ne peut s'affirmer que si ces actes, conduites, sont associés à des désordres mentaux significatifs, sinon il s'agira d'actes particuliers (au sens de non banals) nécessitant le cas échéant une sanction pénale

Exemples : (les flèches vont du moins au plus significativement pathologique)

conduites à risques → suicide

la notion de *conduite à risque* consiste à s'engager de façon plus ou moins répétitive mais délibérée (quoique souvent sans véritable conscience du risque réel) dans une activité sans caractère pathologique ou déviant mais comportant un risque important mésestimé et inadapté à la personnalité ou aux performances physiques ou psychiques actuelles du sujet (rouler trop vite sur une petite route, multiplier les rencontres sexuelles sans préservatif, investir tout son patrimoine dans les nouvelles technologies, être colocataire d'un loft télévisuel, faire une course de haute montagne sans guide ni entraînement, provoquer le vigile du dancing quand on pèse 40Kg…) Le jugement du caractère pathologique de la conduite est difficile et exige la mesure des capacités physiques et/ou psychiques réelles du sujet.
Cette sémiologie des conduites à risque est compliquée à appréhender mais de plus en plus significative et fréquente de part l' évolution des mentalités et les nouvelles formes cliniques de la perte d'élan vital.

fugue errances → voyage pathologique

vol → kleptomanie

don juanisme → attentat aux mœurs → viol

Il est toujours intéressant de noter le degré de conscience du sujet au moment du passage à l'acte, ses motivations, une éventuelle amnésie résiduelle..

TROUBLES DES CONDUITES INSTINCTUELLES

Ils posent de façon constante la question du besoin et du désir, c à d de cette particularité qu'a l'homme d'être un sujet de la demande et du désir autant que d'être sujet du besoin instinctuel..

1° TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

a) Les restrictions alimentaires

Elles peuvent être liées à une psychose : oppositionnisme schizophrénique, syndrome de Cotard dans la mélancolie délirante (le patient se perçoit comme bouché, sans orifice, avec un blocage complet du fonctionnement interne), refus de toute nourriture par le paranoïaque convaincu que l'on cherche à l'empoisonner…..

Mais aussi on peut les retrouver dans des tableaux névrotiques : certains syndromes de conversion hystériques peuvent entraîner un refus alimentaire avec vomissement dès que l'ingestion est contrainte, certains patients hypocondriaques, persuadés de ne pouvoir avaler, vivent dans une restriction alimentaire importante.

Certains syndromes dépressifs chez le sujet âgé sont accompagnés d'une véritable anorexie, sans sentiment de faim, avec souvent un désir de mort sous jacent et parfois exprimé (« à quoi bon.. je suis vieux, malade »…)

Une place particulière revient cependant à l'anorexie mentale de la jeune fille de part sa fréquence et la difficulté de sa prise en charge :

L'anorexie mentale essentielle de la jeune fille

C'est un syndrome qui concerne principalement des jeunes filles entre 12 et 20 ans et qui se traduit par une triade : amaigrissement, aménorrhée, anorexie.

L'amaigrissement est spectaculaire. Il dépasse souvent plus de 25 % du poids initial. Il y a de nombreux signes évocateurs d'une carence nutritionnelle, avec en particulier l'effacement des formes féminines, une fonte musculaire, une constipation opiniâtre et souvent des troubles circulatoires avec cyanose des extrémités. L'hyper trichose est souvent importante.

Il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire avec au début une lutte contre la faim. Les motifs de déclenchement souvent invoqués sont un régime (plus ou moins justifié), des difficultés digestives. Le comportement anorexique est associe souvent et paradoxalement à un intérêt particulier pour la nourriture, des rites alimentaires. Les restrictions alimentaires, le tri des aliments et l'extrême lenteur à l'alimentation sont souvent très délétères pour l'ambiance familiale.

L'aménorrhée survient dans plus de 60 % des cas. Elle est l'un des derniers symptômes à disparaître.

Sur le plan psychique, on note une fréquente dysconnaissance de la maigreur, avec un trouble majeur de la perception de l'image du corps. Les anorexiques savent qu'elles sont maigres, mais ce savoir n'a pas véritablement de sens subjectivé. Il y a un désir éperdu de minceur et une terreur de grossir. L'anorexique accepte assez volontiers

l'idée qu'elle devrait grossir, mais elle éprouve alors l'angoisse massive de ne « pas savoir où s'arrêter ». Le fonctionnement intellectuel est classiquement considéré comme excellent. Il y a un surinvestissement intellectuel et parfois même sportif. En réalité, les résultats sont souvent meilleurs pour l'apprentissage que pour la créativité. Il y a très régulièrement un désinvestissement sexuel massif.

b) Les excès alimentaires

Le syndrome boulimique y tient une place de choix . Une conduite boulimique est un épisode d'ingestion impulsive et incoercible d'une quantité importante de nourriture souvent hypercalorique, en général avec un sentiment de culpabilité important et parfois des vomissements provoqués.
Il est utile de repérer la fréquence, la durée, l'horaire, et surtout la ou les situations déclenchantes et en particulier les ruminations mentales ou sentiments précédant immédiatement l'accès.

La gloutonnerie ou voracité, est, pour le patient arriéré ou dément, l'avidité à manger avec rapidité et excès tout ce qui lui passe sous la main. Il n'est pas rare que la gloutonnerie provoque des suffocations ou des troubles de la déglutition avec fausses routes.

L'hyperphagie est une absorption excessive de nourriture avec prise de poids considérable. Elle n'évolue pas par accès mais respecte plutôt les horaires de repas n'est pas clandestine et est beaucoup moins accompagnée de culpabilité que la boulimie. L'hyperphagique c'est le « très gros mangeur ».

c) Les aberrations alimentaires

Le mérycisme (sorte de rumination) est un phénomène digestif assez rare, du très jeune enfant (6 à 36 mois) ou de l'arriéré profond, qui consiste en un retour plus ou moins volontaire du contenu alimentaire de l'estomac dans la bouche où il est remastiqué.

Le pica (nom masculin) est l'absorption prolongée et répétitive d'une substance impropre à l'alimentation : terre (géophagie), glace (pagophagie), fèces (coprophagie)…Il peut être culturel, infantile (relativement normal avant 18 mois, fréquent jusqu'à 3 ans, pathologique au-delà dans notre culture occidentale), mais souvent lié à une lourde pathologie mentale ou à une déficience.

PICA (pi-ka), s. m.
Terme de médecine. Perversion du goût caractérisée par de l'éloignement pour les aliments ordinaires et par le désir de manger des substances non nutritives, telles que craie, terre, charbon.
XVIe s. Aucunes ont appetit depravé, avec nausée, dit des anciens pica, faisant qu'elles desdaignent les bonnes viandes, et quelquefois appetent choses contre nature, PARÉ, XVIII, 64.

Etym : Mot de la basse latinité, qui dérive de pica, pie, cet oiseau mangeant toute sorte de choses ; c'est ainsi que le grec signifie à la fois le geai, la pie et le pica.
In Littré édition 1872

2° TROUBLES DU CONTRÔLE SPHINCTERIEN

L'énurésie est une miction complète active et involontaire dans des conditions inadéquates. Elle est souvent nocturne et primaire (et dans ce cas fréquente chez le garçon, peu grave, multifactorielle, et disparaissant spontanément à la puberté). Secondaire et diurne elle est plus préoccupante.
L'encoprésie est une élimination fécale involontaire dans des conditions inadéquates, souvent diurne, chez un enfant de plus de 4 ans.

3° TROUBLES DES CONDUITES SEXUELLES

Les conduites sexuelles se caractérisent par leur variété et leur complexité. La sexualité est un des domaines où se manifestent volontiers les troubles mentaux.
On peut distinguer :
-des troubles du désir : par excès (satyriasis chez l'homme, nymphomanie chez la femme) ou par défaut (absence de désir avec ou sans aversion pour l'activité sexuelle, frigidité, anhédonie)
-des troubles des moyens : impuissance, vaginisme, éjaculation précoce, dyspareunie……..
-des troubles du comportement : ce sont les perversions (encore nommées paraphilies) soit perversions quant-à l'objet (pedo ou geronto-philie, nécrophilie, zoophilie..), soit perversions quant-au but où la recherche de plaisir n'est plus purement du registre génital mais visuel (voyeurisme, exhibitionnisme), digestif (ondinisme, urolagnie…), douloureux (sadisme, masochisme)
l'excellent catalogue *psychopathia sexualis* publié par Krafft-Ebing (psychiatre allemand) à la fin du XIXéme illustrera pour les amateurs et les professionnels l'infinie variété des perversions. Disponible en libre accès sur le site de la BNF.
http://visualiseur.bnf.fr/CadresFenetre?O=NUMM-76843&M=notice&Y=Image

PERVERSION (pèr-vèr-si-on), s. f.
1° Changement de bien en mal. La perversion des moeurs.
2° Trouble, dérangement. Il y a perversion de l'appétit dans le pica, de la vue dans la diplopie
Etym : Lat. perversionem, de perversum, supin de pervertere, pervertir.
In Littré édition 1872

4° TROUBLES DU SOMMEIL

Il est inutile d'insister sur l'importance du sommeil, qui dure près d'un tiers de la vie… Les troubles du sommeil sont pour la plupart très subjectifs et font l'objet par les patients de descriptions très imaginaires le « je n'ai pas dormi de la nuit »

étant le plus souvent réellement inexact, mais subjectivement essentiel. L'interrogatoire devra explorer les conséquences vécues (« qu'est-ce que ça vous empêche de faire ? »….) autant que la forme des troubles.
Les insomnies : chercher leur forme (d'endormissement, de fin de nuit, de micro-réveils répétés…) leur fréquence, leur ancienneté, leurs effets sur les performances diurnes, les facteurs l'influençant, les pathologies associées… Evoquer « l'angoisse du coucher », les rituels éventuels..

Les hypersomnies de la clinophilie de certains dépressifs à certains sommeils parahypnotiques dans l'hystérie, au syndrome de Gelineau ou de Picwick qui relèvent de la neurologie.
Noter la cataplexie qui est une perte brutale du tonus musculaire (totale avec chute ou partielle avec sensation de très grande fatigue, ptose palpébrale, dysarthrie) sans perte de conscience. La cataplexie dure quelques minutes et entre dans le cadre du syndrome de Gelineau.

Les parasomnies : somnambulisme (automatisme déambulatoire pendant le sommeil) somniloquie (automatisme verbal) bruxisme (grincement des dents) hallucinations hypnagogiques(à l'endormissement) ou hypnopompiques (au réveil), myoclonies d'endormissement ou de milieu de nuit… ces symptômes isolés n'ont pas de grande valeur pathologique

HYPNAGOGIQUE (i-pna-go-ji-k'), adj.
Qui conduit au sommeil.
Hallucinations hypnagogiques, visions que l'on a lorsque, moitié éveillé, moitié endormi, on est près d'entrer dans le sommeil.
Etym : En grec, sommeil et qui amène
In Littré édition 1872

Noter chez l'enfant la différence entre un cauchemar, rêve terrifiant avec peur et anxiété qui réveille le sujet avec persistance quelques minutes ou heures après le réveil de l'anxiété, et une terreur nocturne où l'enfant s'assoit dans son lit en criant et manifestant anxiété et agitation mais sans se réveiller (tant que l'enfant n'est pas réveillé il est impossible, de l'extérieur, de calmer son angoisse) et ne laissant pas de souvenir le lendemain.

CAUCHEMAR. s. m. Nom que donne le peuple à une certaine maladie ou oppression d'estomac, qui fait croire à ceux qui dorment que quelqu'un est couché sur eux : ce que les ignorans croyent estre causé par le malin Esprit. En Latin *Incubus, Ephialtis* en Grec.
In Dictionnaire Furetière édition 1690

TROUBLES DE LA PENSEE

1° TROUBLES DU COURS DE LA PENSEE

Le cours de la pensée n'est ni la production ni le contenu, mais le déroulement, le développement, la progression de la pensée (rythme, continuité, organisation)
Le rythme peut aller de la lenteur, bradypsychie, à la précipitation ou tachypsychie avec souvent leur corrélat moteur (débit verbal) : bradylalie ou palilalie (logorrhée)
La continuité et l'architecture de la pensée peuvent être perturbés

Le **barrage** est une brusque interruption du discours (et souvent de l'ensemble de l'activité psychomotrice) pendant quelques instants puis une reprise tout aussi inexplicable, il est typique de la psychose
faux barrage : suspension de la parole due à des troubles de l'attention ou interruption de l'halluciné qui écoute son hallucination

Le **fading** est un arrêt progressif du cours de la pensée : la parole comme la pensée s'espace, devient lente puis pauvre, parcellaire, de moins en moins forte pour finir par s'épuiser. C'est en quelque sorte une forme progressive du barrage et le fading est lui aussi décrit essentiellement dans la psychose.

La **diffluence** (du lat *disfluere* : qui coule en se morcelant) est la dispersion anarchique de la pensée et du discours, ne respectant plus ni logique ni cohérence ni même objet clairement perceptible. Elle donne une impression d'hermétisme, de maniérisme, de bizarrerie. Elle est caractéristique de la schizophrénie.

La **fuite des idées**(cf cours sur les troubles de l'humeur) désigne un enchaînement exagérément rapide des idées, sans lien apparent, caractéristique de l'excitation maniaque. Elle donne une impression d'agitation désordonnée mais pas de bizarrerie. Le maniaque est fantasque, extravagant ou capricieux, le schizophrène est bizarre, parfois extravagant.

FANTASQUE, BIZARRE, CAPRICIEUX, QUINTEUX, BOURRU.
Toutes ces qualités très opposées à la bonne société, sont l'effet et en même temps l'expression d'un goût particulier, qui s'écarte mal à propos de celui des autres. C'est là l'idée générale qui les fait synonymes, et sous laquelle ils sont employés assez indifféremment dans beaucoup d'occasions, parce qu'on n'a point alors en vue les idées particulières qui les distinguent ; mais chacun n'en a pas moins son propre caractère, que je crois

rencontrer assez heureusement en disant que s'écarter du goût par excès de délicatesse, ou par une recherche du mieux, faite hors de raison, c'est être fantasque ; s'en écarter par une singularité d'objet non convenable, c'est être bizarre ; par inconstance ou changement subit de goût, c'est être capricieux ; par une certaine révolution d'humeur ou de façon de penser, c'est être quinteux ; par grossièreté de mœurs et défaut d'éducation, c'est être bourru. (G.)
Le fantasque dit proprement quelque chose de difficile ; le bizarre, quelque chose d'extraordinaire ; le capricieux, quelque chose d'arbitraire ; le quinteux, quelque chose de périodique ; et le bourru quelque chose de maussade (qui est de mauvais goût, déplaisant, mal fait, en parlant des choses.)
in Dictionnaire des synonymes F Guizot

BIZARRE, FANTASQUE, EXTRAVAGANT. L'homme bizarre n'est ni l'homme fantasque, ni l'homme extravagant. S'écarter du goût ordinaire par une singularité non convenable, c'est être bizarre ; s'en écarter par une fantaisie qui tout à coup change d'idée, c'est être fantasque ; s'en écarter d'une manière contraire au bon sens, c'est être extravagant, LAVEAUX.
in Dictionnaire Littré édition 1876

Note : les troubles du cours de la pensée ne doivent pas être confondus avec la réticence, souvent rencontrée en psychiatrie, qui est une opposition active plus ou moins ferme à livrer sa pensée. La réticence peut être mutique mais on parle aussi de *réticence prolixe* lorsque le sujet déploie un flot de paroles plus ou moins ordonnées pour masquer tout approfondissement de sa problématique.

2° TROUBLES DES CONTENUS DE LA PENSEE

A) Les idées fixes

idée parasite, acceptée par la conscience comme conforme à la personnalité (donc non reconnue par le sujet comme pathologique), qui tend naturellement à envahir le champ de la conscience et à orienter le cours de la pensée à son profit. le sujet est incapable de l'inhiber.
Les idées fixes peuvent être vécues sur un mode euphorique (si elles sont agréables) ou gênant, voire douloureux. Elles sont parfois hors du champ du pathologique (artistes, scientifiques, amoureux...) et parfois franchement pathologiques, en particulier dans les états passionnels: amour, haine, jeu, avarice..
Remarque: "*l'idée fixe post onirique*" est une idée fixe résiduelle après un épisode d'onirisme confusionnel (Delirium tremens en particulier)

B) Obsessions,compulsions,rituels

symptômes rencontrés le plus souvent dans la névrose obsessionnelle mais pouvant émailler d'autres pathologies et en particulier constituer un mode "cicatriciel" (reste symptomatique isolé) de la psychose..

l'obsession: pensée, le plus souvent pénible, qui s'impose à l'esprit (du lat *obsidere* : assiéger) sur le mode d'un parasitage quasi-automatique et dont le contenu est jugé par le sujet comme absurde, non conforme à la personnalité, ridicule, dérisoire, voire inconvenant.
A l'examen fin, les obsessions se ramènent presque toujours à des doutes sur des évidences de la vie quotidienne.

> **OBSÉDER** (ob-sé-dé. La syllabe sé prend un accent grave quand la syllabe qui suit est muette : j'obsède, excepté au futur et au conditionnel : j'**obséder**ai ; j'**obséder**ais), v. a.
> 1° Être assidu auprès de quelqu'un, de manière à l'isoler des autres personnes…
> 2° Importuner par des assiduités…
> 3° Tourmenter par des illusions, en parlant du malin esprit. Il n'est pas possédé, il n'est qu'obsédé. Le diable, qui nous obsède toujours, ou plutôt nous possède dans de pareilles conjonctures, me représenta que je serais un grand sot de demeurer en si beau chemin, LESAGE, Gil Blas, II, 7. C'est elle [l'imagination] qui persuada à tant d'hommes qu'ils étaient obsédés ou ensorcelés, et qu'ils allaient effectivement au sabbat, parce qu'on leur disait qu'ils y allaient, VOLT. Dict. phil. Imagination.
> 4° En parlant de certaines idées, tourmenter assidûment. Nous replongeant dans les images des sens qui nous environnent, et, pour ainsi dire, nous obsèdent..., BOSSUET 6e avert. 44. De tant d'objets divers mon âme est obsédée, Qu'à force de penser elle n'a plus d'idée, DESTOUCHES, Phil. marié, IV, 1. Souvent de ses erreurs notre âme est obsédée, VOLT. Sémiram. I, 5. C'était un préjugé le plus déraisonnable et peut-être le plus universel qui ait jamais obsédé les gens de lettres, le Merc. 1717, dans DESFONTAINES. Réflexions tristes et sombres dont, avant moi, des malheureux avaient été sans doute obsédés dans cette prison [la Bastille], MARMONTEL, Mém. VI.
> Etymologie : Lat. obsidere, de ob, et sedere, être assis (voy. SEOIR). Obsidere, s'asseoir autour, a le sens d'assiéger ; ce qui explique le sens figuré du français.
> In Dictionnaire Littré édition 1876

On parlera volontiers de *rumination obsessionnelle* pour un sujet préoccupé très souvent par des pensées de bas niveau, répétitives et sans impact sur la réalité.

la compulsion: besoin impérieux de penser à une certaine idée ou d'accomplir une action ; idée ou action jugée ridicule (se toucher le nez quand on croise une auto rouge, penser au chapeau de la reine mère), absurde (compulsion de lavage alors que le sujet se sait propre), inutile (vérifier que l'on vient bien de fermer le gaz, ou de tirer le frein à main) ... avec émergence d'une angoisse importante en cas de non-réalisation de cette action.
Le sujet peut résister à cette tendance (mais au prix d'une angoisse massive), il peut aussi transformer l'acte ou la pensée en un rituel, mais le plus souvent il se soumet à ce besoin.
Une *obsession-compulsion* est l'obsession d'avoir une compulsion, le plus souvent dangereuse, moralement condamnable ou agressive (piquer son enfant avec une aiguille..) L'obsession compulsion, à l'opposé de la compulsion, n'est qu'exceptionnellement suivie de l'accomplissement de l'acte redouté, et quand l'acte vient c'est le plus souvent à titre d'ébauche symbolique (le bras se lève puis retombe, le début d'une injure fuse et se termine en marmonnement…).

Les rituels : ils constituent classiquement le mode évolutif des précédents (on parle même de rituels compulsifs).. il s'agit de

l'accomplissement par le sujet de rites déterminés pour échapper aux compulsions, à l'angoisse ou au malheur.. les rituels sont le plus souvent conjuratoires et renvoient comme les précédents (mais de façon plus explicite) à un mode de pensée magique (si je touche quatre fois mon porte bagage tous les matins on ne me volera pas mon vélo... si je répète six fois dans ma tête le nom du magasin situé sous le cabinet de mon médecin il ne me trouvera rien de grave..)

C) Fabulation et mythomanie

On les rencontre plus volontiers comme symptôme organisé dans le cadre d'une névrose hystérique, mais aussi dans la psychopathie ou chez le débile vaniteux

la **fabulation** est une production imaginaire, non conforme à la réalité vécue par le sujet. Si son contenu est peu cohérent et inadapté aux circonstances de temps et de lieu on parlera de confabulation, qui se rencontre essentiellement dans les affaiblissements de la conscience (toxiques, alcool, démence, débilité). Si son contenu est cohérent, orienté, ordonné autour d'un thème (les études, les voyages...) ou d'une tendance (effrayer, épater, séduire...) on parlera de mythomanie **.**

D) Les productions délirantes

L'étymologie de délirer, "sortir du sillon", comporte une référence inévitable à une représentation commune (partagée par le plus grand nombre) à la réalité et c'est là sa difficulté tant il est vrai que la perception commune n'est pas toujours une garantie de la réalité..

Contentons-nous donc de partir d'une définition classique du délire "**construction intellectuelle non conforme à la réalité et à laquelle le sujet apporte une croyance inébranlable**" (Porot in manuel de psychiatrie 1969) en y ajoutant qu'il n'y a pas d'idée délirante en soi mais uniquement des sujets délirants marqués par leur **conviction inébranlable** (noyau *d'inertie dialectique*) en la vérité de leurs productions (qualifiées par nous d'imaginaires et pathologiques) et leur certitude du caractère **xénopathique** (qui vient du dehors d'eux-mêmes) de ce qu'ils ressentent..

L'analyse d'un délire se décline selon quatre axes: les mécanismes, les thèmes, le vécu et la systématisation.

1) les mécanismes à l'œuvre dans le délire

les **interprétations :** "inférence logique d'une perception exacte à une conception erronée", elles sont souvent logiques

et peu extravagantes donc souvent facilement crédibles pour un observateur extérieur -**exogènes** si elles portent sur des données prélevées sur le monde extérieur (si M. X avait une voiture rouge au mariage de ma sœur c'est pour critiquer mes opinions politiques..) -**endogènes** si elles portent sur des sensations ou impressions corporelles (si j'ai mal digéré le plat de jeudi c'est qu'on l'avait trafiqué..) C'est le mécanisme privilégié de la paranoïa.
les **intuitions :** idées éprouvées par le sujet comme totalement nouvelles mais incontournables et ayant la clarté d'une évidence explicative accompagnées d'un sentiment de révélation. (je suis né d'un viol...j'ai une mission...)
les **fabulations :** productions imaginaires plus ou moins élaborées et extravagantes, concernant la réalité vécue par le sujet. (j'ai été enlevé par une soucoupe et utilisé à des fins d'expérience...)
les **illusions** et les **hallucinations** : cf. cours sur les troubles des perceptions

2) **<u>les thèmes délirants</u>**

on observe souvent un thème privilégié, dominant, associé à d'autres thèmes dérivés avec des liens logiques plus ou moins lâches entre eux
on peut noter des thèmes de **persécution** (le sujet est l'objet d'une vengeance, d'un complot...), de **grandeur** souvent dérivés du premier (il est un illustre méconnu, enfant d'un grand de ce monde, inventeur ignoré mais génial...), **d'influence** (il est téléguidé, manipulé, envoûté, influencé...la xénopathie est ici au premier plan..), **hypochondriaques** (son corps est parasité, transformé, rendu malade...), **de négation** (son organisme est bouché, il est inexistant ou déjà mort, le monde n'est qu'illusion...)....

3) **<u>le vécu délirant</u>**

C'est la plus ou moins grande *<u>adhérence</u>* au délire, la façon plus ou moins <u>sthénique</u> pour le malade de vivre la situation. Un délirant qui déclare être fils de la reine de Mésopotamie mais qui prend sans façons le bus pour aller au travail sera déclaré peu sthénique, peu adhérent à son délire. A contrario s'il refuse tout contact, agresse ceux qui ne le saluent pas "comme il faudrait", écrit au pape et manifeste à l'église, sera décrit comme ayant un vécu délirant plutôt sthénique..

4) **<u>la systématisation du délire</u>**

C'est la plus ou moins grande *<u>cohérence logique</u>* du délire, la solidité de l'enchaînement des thèmes entre eux. Plus un délire est systématisé plus il est convainquant, plus il est

descriptible, transmissible, et moins le patient sera angoissé (il en est ainsi dans la paranoïa). Un délire mal systématisé (c'est souvent le cas des délires du schizophrène) est difficile à décrire, donne le sentiment de la coexistence d'idées mal liées entre elles, sans consistance logique, et souvent vécu par le malade dans une ambiance d'angoisse importante.

TROUBLES DU LANGAGE ET DES PERCEPTIONS

1° TROUBLES DU LANGAGE

Le langage permet la représentation et la communication des idées et concepts grâce à un système conventionnel de signes oraux ou graphiques ; la parole est l'expression de la pensée par la production des sons constitutifs du langage parlé.

Il peut être utile de noter les particularités de la voix du patient : élevée (vociférante) ou faible, rauque ou exagérément douce, monotone ou chantante, voilée, trainante etc

Les troubles du langage peuvent toucher : la dynamique, les productions, la syntaxe, la sémantique.

Troubles de la dynamique verbale

La dynamique verbale peut aller du mutisme (ou de la bradyphémie) à la logorrhée (tachyphémie) et même à la palilalie.

mutisme, (qui suppose l'intégrité des centres du langage et de l'appareil vocal ce qui le différencie de la mutité). Plusieurs variations cliniques existent, le mutisme total, le mutisme partiel, le mutisme électif ou mutacisme (le patient choisit de répondre ou non), la mussitation (le patient prononce de façon marmonnée quelques phrases à voix basse, ou remue les lèvres sans prononcer de paroles). L'analyse du contexte permet d'éclairer la valeur de ce trouble :

-mutisme entrecoupé de soupirs ou de paroles dépressives avec hypomimie et oméga mélancolique : syndrome mélancolique
-mutisme incomplet entrecoupé de phrases banales, faciès figé non douloureux, signes somatiques associés : confusion mentale
-mutisme volontaire, électif, méfiance, réticence, avec parfois quelques paroles évoquant une thématique délirante persécutive : syndrome délirant
-mutisme électif : conversion

bradyphémie : lenteur du rythme verbal

tachyphémie : accélération du rythme verbal

logorrhée : flux de parole incoercible, intarissable, infatigable

palilalie : répétition itérative de mots ou syllabes.

Productions parasites du langage

suspension du discours : barrage, fading (cf supra, cours sur les troubles de la pensée)

stéréotypie verbale: répétition de mots et/ou de phrases hors de propos et sans signification actuelle, qui reviennent de façon mécanique et invariable dans le discours. Peuvent être phatiques (*comment dirais-je, je veux dire, effectivement …*)culturelles (*n'est-ce-pas, ta mère, franchement …)*, ou secondaires à une activité délirante (voulues par le patient ou déterminées par une idée fixe délirante).

écholalie : répétition des derniers mots entendus par le patient

impulsions verbales : émission incoercible de mots souvent grossier (coprolalie) correspondant souvent à des hallucinations verbales motrices

persévération : répétition d'une réponse qui était adaptée à une question antérieure en réponse aux questions qui suivent au cours d'un même entretien.

Troubles sémantiques

néologisme sémantique: utilisation d'un mot existant mais en lui conférant un sens exclusivement personnel et inhabituel sans référence au code

néologisme phonologique: fabrication et emploi d'un mot nouveau inexistant (*c'est ignominable, un baiser furtil, on me fait une crochère)*

glossolalie : emploi d'un langage inventé avec son vocabulaire et des éléments de syntaxe.

verbigérations : répétition anarchique de mots dénués de sens, de façon incompréhensible, rendant le langage incohérent (on peut aussi parler de jargonophasie en référence au jargon parfois observé brièvement chez l'enfant en train d'acquérir le langage, mais dans le jargon infantile la prosodie est respectée)

schizophasie: langage hermétique caractéristique du syndrome dissociatif manifestant l'incohérence liée aux troubles du cours de la pensée
ex : « c'est une résultante d'application des termes utilisés en péjoration, qui de cette création va faire produire sur l'organisme un couloir de sécurité… ».
On remarque au passage une accumulation de néologismes et de paralogismes avec une désorganisation grammaticale.

Troubles de la syntaxe

ellipse syntaxique : suppression de mots essentiels pour comprendre une phrase

paragrammatisme : utilisation de formes syntaxiques anormales (ordre des mots inversé par rapport à l'usage) et utilisation de néologismes avec des racines correctes mais des compositions erronées. (évocateur et sans signification pathologique chez Jane Birkin)
agrammatisme : désorganisation du langage, qui ressemble alors au style télégraphique avec suppression des adjectifs, et utilisation de verbes à l'infinitif.(*toi écouter moi parler)*

Noter quelques styles particuliers de langage utiles à repérer -maniérisme : langage artificiel et compliqué avec des mots recherchés et contournés -puérilisme : langage pauvre et enfantin

2° <u>TROUBLES DES PERCEPTIONS</u>

La perception est la synthèse des informations qui permet une prise de conscience d'un objet, elle est la rencontre d'une sensation réelle et d'une représentation mentale.

On peut observer une augmentation des perceptions dans certains syndromes toxiques ou confusionnels où les bruits, couleurs etc prennent une coloration très vive voire violente.. On observe aussi des abolitions (cf infra : tr de la vigilance) ou des diminutions de perceptions dans certaines agnosies ou certains syndromes dépressifs. Mais nous traiterons ici essentiellement des fausses perceptions.

Il convient d'abord de distinguer **<u>illusion</u>** : perception déformée d'un objet réel (*arbre mort le long d'une route au crépuscule perçu comme un individu menaçant)* et **<u>hallucination</u>** définie classiquement (H Ey) comme « perception sans objet à percevoir ». Puis on différentie hallucinations psychosensorielles et hallucinations psychiques

<u>Hallucinations psychosensorielles</u>

Ce sont des hallucinations vraies au sens où elles ont des caractéristiques <u>sensorielles</u> (propre au sens incriminé : auditif, visuel, cénesthésique, tactile, olfactif) et des caractéristiques <u>spatiales</u> (précisant la situation de la voix, de l'image … hallucinée)
-elles peuvent être élémentaires : bruits (souvent rythmés), taches lumineuses, auras …
-ou plus complexes : musiques, paroles, scènes, sentiment de modification du corps…

il importe de noter les réactions du patient halluciné : réticence, méfiance, dissimulation, attitudes d'écoute, stratagèmes de défense (obturation des oreilles des yeux ou du nez, couverture par un son, une odeur plus intense), dialogue avec les voix.

<u>Hallucinations psychiques (dites aussi psychiques pures</u>)

Il n'y a ni sensorialité ni spatialité, c'est la représentation mentale qui est exclusivement présente

psychoverbales : perception d'une parole (plutôt qu'une voix) intérieure en l'absence de toute sensorialité, avec impression de ne pas être l'auteur des pensées, de télépathie, d'idées imposées, d'intrusion, « ça parle en moi » « ça dit des trucs, c'est pas moi et c'est dans moi »

psychomotrices verbales : sensation de mouvements imposés aboutissant à des mouvements des lèvres, à des sons ou des mots.

Des hallucinations psychiques pures sont toujours retrouvées au début d'un **syndrome d'automatisme mental** qui associe un écho de la pensée, un syndrome d'influence, et des hallucinations psychosensorielles.

écho de la pensée associant :

-devinement de la pensée : « je devine tout »
-vol de la pensée : « on devine ma pensée »
-écho : « on répète ma pensée »
-commentaire des actes, critique ou flatteur

syndrome d'influence :

-mouvements imposés : « on me fait faire »
-pensées imposées : « on me fait penser »
-paroles imposées : « on me fait dire »

hallucinations psychosensorielles (cf supra)

Le syndrome d'automatisme mental réalise une véritable xénopathie souvent vécue sur un mode très persécutif avec une forte adhérence au délire.

Rque il existe une imagerie hallucinatoire non psychiatrique d'ordre neurologique

.hallucinose (alcoolisme, état confuso-onirique, épilepsie)
.hallucinations hypnagogiques qui surviennent à l'endormissement
.hallucinations hypnopompiques précédant l'éveil
.phosphènes : taches lumineuse ou points scintillants.acouphènes : bourdonnements
.images palinopsiques consécutives à la stimulation de la rétine

3° TROUBLE DE LA CONSCIENCE DE SOI ET DE L'ENVIRONNEMENT

Troubles de la vigilance

Il s'agit ici de la qualité de présence au monde du sujet, c'est à dire sa façon, plus ou moins lucide et adaptative, de se situer par rapport au monde extérieur et aux autres Nous en exclurons les troubles de l'attention déjà traités (cf supra) qui vont de l'hypo- à l'a- prosexie.

On peut observer des hypovigilances :

obnubilation : difficulté de compréhension, de concentration, ralentissement, engourdissement de la pensée, trouble de l'orientation spatio-temporelle. Le sujet peut sortir transitoirement de cet état par un effort soutenu.
hébétude : atteinte plus massive de la lucidité, des activités intellectuelles (pensée, mémoire, attention). Le patient paraît sidéré.

confusion : état de dissolution de la conscience de profondeur fluctuante (la labilité est constitutive du diagnostic de confusion : le patient peut être hébété accessible aux consignes et seulement obnubilé puis une heure après incapable de tout contact avec désorientation temporo-spatiale massive, troubles mnésiques et abolition intellectuelle.
Les **états crépusculaires** réalisent un rétrécissement du champ de conscience avec polarisation restrictive de la conscience sur une préoccupation (souvent affective) unique

Il existe aussi des états d'hypervigilance qui marquent une subexcitation souvent peu rentable et se rencontrent volontiers dans l'accès maniaque, l'anxiété aigue..

Troubles de la conscience de soi et du vécu corporel

-**dépersonnalisation** : sentiment d'étrangeté, de n'être plus soi-même, concerne l'intégrité psychique (desanimation) ou physique (desincarnation), avec perte de familiarité avec l'ambiance de la réalité (déréalisation).

-hypocondrie : conviction de l'atteinte de l'intégrité et/ou de l'état de santé du corps, qui peut prendre la forme de préoccupations obsédantes, anxieuses voire délirantes.

-dysmorphophobie : préoccupation obsédante portant concernant l'apparence corporelle, qui peut toucher la taille, la pilosité, la forme du nez, des oreilles, la peau.

-vécu dissociatif : sensation de perte de l'unité de soi, le Moi s'éprouvant comme scindé, divisé, disloqué, et pouvant s'accompagner d'angoisses de morcellement

-les cénestopathies sont des altérations locales de la sensibilité commune très proches des paresthésies mais vécues sur un mode plus pénible que douloureux, très fréquentes dans les états hypocondriaques et quasi hallucinatoires chez certains délirants.

FIN DU COURS DE SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE